

# Sammanställd rapport

GRANSKNING AV EFFEKTER AV AVTALET OM  
ANSVARSFÖRDELNING OCH UTVECKLING AVSEENDE HÄLSO-  
OCH SJUKVÅRDEN I SKÅNE

CAMILLA KARLSSON

2022-08-11

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Metod och genomförande .....</b>	<b>2</b>
2.1. Enkät till patientorganisationer .....	3
2.2. Uppdrag och syfte .....	3
2.3. Revisionsfrågor .....	3
<b>3. Resultat av granskningen.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Region Skåne och respektive kommuns efterlevnad av Avtalet .....</b>	<b>4</b>
3.1.1. Avtalets delområden.....	4
3.1.2. Sammanställning av iakttagelser och bedömningar .....	5
3.1.2.1. Region Skåne.....	5
3.1.2.2. Burlövs kommun .....	7
3.1.2.3. Helsingborgs stad.....	7
3.1.2.4. Klippans kommun .....	8
3.1.2.5. Kristianstads kommun .....	9
3.1.2.6. Kävlinge kommun .....	9
3.1.2.7. Landskrona kommun .....	10
3.1.2.8. Malmö Stad.....	10
3.1.2.9. Sjöbo kommun.....	11
3.1.2.10. Skurups kommun.....	12
3.1.2.11. Staffanstorps kommun .....	13
3.1.2.12. Svalövs kommun.....	13
3.1.2.13. Svedala kommun .....	14
3.1.2.14. Tomelilla kommun.....	14
3.1.2.15. Trelleborgs kommun .....	15
3.1.2.16. Ystads kommun .....	16
3.1.2.17. Ängelholms kommun.....	16
<b>3.2. Ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan kommunerna och Region Skåne med anledning av Avtalet.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3. Region Skånes respektive kommunernas bidrag till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4. Beslut och åtgärder som regionen och kommunerna vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5. Effekter som kan påvisas för brukarna och för verksamheten.....</b>	<b>20</b>
<b>3.6. Uppföljning av Avtalet.....</b>	<b>20</b>
<b>3.7. Utvecklingsområden .....</b>	<b>21</b>
<b>3.8. Påverkan av pandemin covid-19 .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Vår samlade analys.....</b>	<b>22</b>
4.1. Analys av iakttagna brister, utmaningar och hinder .....	22
4.2. Analys av geografiska skillnader .....	23

## 1. Sammanfattning

På uppdrag av Revisorskollegiet i Region Skåne har KomRedo AB under februari-april 2022 granskat Effekter av Avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (hädanefter "Avtalet").

Uppdraget har bestått av två delar. Del 1 gäller att bedöma om Region Skåne uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Vidare omfattar del 1 en jämförande analys och sammanställning av de deltagande kommunernas rapporter. Del 2 omfattar en granskning av om respektive kommun uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Granskningen har redovisats i en separat rapport för varje kommun.

Föreliggande rapport avser en jämförande analys och sammanställning av Region Skånes rapport samt de deltagande kommunernas rapporter.

Av genomförda granskningar i Region Skåne och kommunerna framgår en differentierad bild hur målsättningarna med utvecklingsområden uppnås och hur efterlevnaden i övrigt enligt Avtalet fungerar. Mot bakgrund av genomförd granskning är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes och kommunernas efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet.

Uppdraget har utmynnat i ett antal rekommendationer som riktats till ansvariga nämnder i Region Skåne samt i respektive kommun. Rekommendationerna återfinns i respektive granskningsrapport.

## 2. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, semistrukturerade djupintervjuer med berörda personer i Region Skåne och respektive deltagande kommun samt enkäter till patientorganisationer i Skåne.

Statistik har samlats in och analyserats i den mån dessa har funnits bifogade den dokumentation som samverkansorganen har bifogat sina sammanträdesprotokoll, och analysen har fokuserats på de uppföljningskrav som specificerats i Avtalet.

Utöver Region Skåne deltar följande kommuner i granskningen:

- Burlövs kommun
- Helsingborgs stad
- Klippans kommun
- Kristianstads kommun
- Kävlinge kommun
- Landskrona kommun
- Malmö Stad
- Sjöbo kommun
- Skurups kommun
- Staffanstorps kommun
- Svalövs kommun
- Svedala kommun
- Tomelilla kommun
- Trelleborgs kommun
- Ystads kommun
- Ängelholms kommun

Perioden för genomförandet av revisionsprojekten sträcker sig från februari till april 2022. Granskningsunderlag och jämförelser av data har inriktats på tidsperioden 1 januari 2019 - 31 december 2021.

Granskningen har genomförts av Camilla Karlsson, certifierad kommunal revisor och uppdragsansvarig, Bo Lindblom, medicinsk expert och delprojektledare för regionen, Ulf Atlas, senior konsult i ekonomi och verksamhetsstyrning, Roger Burström, certifierad kommunal

revisor och delprojektledare för 8 kommuner, Anders Haglund, certifierad kommunal revisor och delprojektledare för 8 kommuner samt Bo Anderson, senior revisor och kvalitetssäkrare.

Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Louise Rehn Winsborg, ordförande i revisorskollegiet och Eskil Engström, förtroendevald revisor. Representanter för revisorerna i medverkande kommuner har varit Sven Gunnar Linné, Kristianstads kommun, Gert Ask, Sjöbo kommun, Bengt Sävström, Ängelholms kommun och Lena Näslund, Trelleborgs kommun. Projektledare har varit Helena Olsson, certifierade kommunal revisor vid Region Skånes revisionskontor.

## 2.1. **Enkät till patientorganisationer**

I Avtalet betonas tillgången till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård och i uppdraget anges att granskningen ska ha ett brukarperspektiv. Av detta skäl valde vi att som komplement till övrig informationsinhämtning genomföra en enkät till ett urval av patientorganisationer i Region Skåne, som i sin inriktning berör flera av de patientgrupper som Avtalet avser. Enkäten, som var webbaserad, innehöll 11 frågor och varje fråga hade fyra svarsalternativ. Det gavs dessutom möjlighet till s.k. fria svar.

## 2.2. **Uppdrag och syfte**

Revisorskollegiet har beslutat att genomföra en granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. KomRedo AB har fått uppdraget att genomföra granskningar av Region Skåne och Skånes kommuner om dessa uppnår de mål och syften som anges i Avtalet.

Syftet med denna rapport är att den ska ge en sammantagen bild av nuläget i Skåne med en analys av eventuella geografiska skillnader inom länet. Analysen ska belysa vilka brister, utmaningar och hinder som föreligger i kommunerna och i Region Skåne. Rapporten ska ge kommunerna och Region Skåne en möjlighet till jämförelser. Rapporten ska ha fokus på hur kommunerna och Region Skåne samverkar i arbetet inom granskat område samt redovisa vilka gemensamma insatser som görs och vad resultatet av dessa blir.

## 2.3. **Revisionsfrågor**

Granskningarna hade inom ramen för Del 1 och Del 2 följande revisionsfrågor:

- Efterlevs gällande Avtal? Har Region Skåne och respektive kommun fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet?
- Är ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan Region Skåne och respektive kommun med anledning av Avtalet ändamålsenlig?
- Bidrar Region Skåne och respektive kommun till en ändamålsenlig samverkan? Vilka beslut och åtgärder har vidtagits för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet?
- Är effekterna som kan påvisas för brukarna och för verksamheten ändamålsenliga? Görs en ändamålsenlig uppföljning?

Granskningarna har haft ett brukarperspektiv och tar sikte på om brukaren haft tillgång till en sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård och tandvård.

Granskningarna har även tagit sikte på hur efterlevnaden av Avtalet fungerat under covid-19.

### 3. Resultat av granskningen

Nedan sammanfattas den övergripande bedömningen för Region Skåne och respektive deltagande kommun. Våra iakttagelser och bedömningar utgår ifrån vad som framkommit vid genomförda granskningar.

#### 3.1. *Region Skåne och respektive kommuns efterlevnad av Avtalet*

##### 3.1.1. Avtalets delområden

Enligt 26 d § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska Region Skåne avsätta de läkarresurser som behövs till Skånes kommuner för att enskilda ska erbjudas god vård i de verksamheter kommunerna bedriver enligt 18 § HSL. Omfattningen av och formerna för **läkarmedverkan** stipuleras i Avtalet. Om Region Skåne inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal att tillhandahålla läkare har kommunen enligt 26 § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från Region Skåne.

En **gemensam vårdplanering** mellan huvudmännen är en grundläggande förutsättning för en fungerande vårdkedja och för att en god och säker vård utifrån individens behov ska kunna ges vid övertagande av vårdansvaret för den enskilde. För den enskilde som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas under de förutsättningar som anges i 3 f § HSL och 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen (SoL). I den samordnade individuella planen ska alltid anhörig-/närståendeperspektivet beaktas. Den nya lagen, Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, gäller alla åldrar och diagnoser (oavsett var i slutenvården som patienten vårdas). Kommunens betalningsansvar inträder i enlighet med de villkor som stipuleras i lagen samt enligt den överenskommelse som eventuellt tecknats i länen avseende antal dagar samt dygnsbelopp. Ett sådant avtal ingicks mellan Region Skåne och kommunerna 2018. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom regionens slutna hälso- och sjukvård.

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter hemgång från slutenvård behöver insatser från både kommunen och regionen i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I Region Skåne gäller "regelverk för Samordnad vårdplanering", där det finns en rad rutiner och vägledning för den praktiska hanteringen.

Region Skåne ansvarar för **rehabiliteringsinsatser** i slutna vård samt för personer som bor i bostad med särskild service (enligt SoL och LSS) och själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till Region Skånes rehabiliteringsverksamhet (den så kallade tröskelprincipen). I övriga fall är det respektive kommun som ansvarar för personer som bor i särskilt boende samt personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och SoL. Kommunerna ansvarar också för rehabiliteringsinsatser till personer som bor i ordinärt boende som uppfyller tröskelprincipen.

Enligt Avtalet är utvecklingsmålet för detta område, inklusive hjälpmedelsförsörjning, att " skapa en samordnad rehabilitering på basnivå och en samordnad hjälpmedelsförsörjning som bidrar till bästa möjliga livssituation för den enskilde med nedsatt funktion, där parterna gemensamt ska erbjuda en jämlik och effektiv rehabilitering av hög kvalitet genom ett bättre resursutnyttjande".

Ansvarsfördelning och samverkan avseende **habilitering** har reglerats i särskild "Överenskommelse om habilitering i Skåne" samt i " Tillämpningen i Region Skåne och

kommunerna i Skåne av Socialstyrelsens föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering” (jämför SOSFS 2008:20).

Samarbetet beträffande personer med **psykiska funktionsnedsättningar** regleras sedan 2013 i ”Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa”. Varje kommun ska teckna lokala överenskommelser med Region Skåne.

**Egenvård** regleras i Socialstyrelsens föreskrift ”Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård” (SOSFS 2009:6), samt i myndighetens Meddelandeblad Nr 6/2013 och ska gälla inom verksamhet som omfattas av HSL. Kommunerna och Region Skåne har vissa gemensamma rutiner för samarbetet gällande egenvård.

I Skåne delar Region Skåne och kommunerna på ansvaret för **hjälpmedel** där individuellt förskrivna hjälpmedel är en integrerad del i den samlade vård- och rehabiliteringsprocessen. Kommunerna har ansvaret för hjälpmedel till personer från och med 20 år, med vissa undantag där Region Skåne har ansvar. Region Skåne har ansvar för hjälpmedel till personer upp till 20 år, samt för vissa specifika hjälpmedel oavsett personens ålder.

Region Skåne ansvarar för allmän **palliativ vård** till patienter som vårdas inom slutenvård, läkarstöd till den kommunala allmänna palliativa vården, den specialiserade palliativa vården, vilken utgår från särskilda enheter, som bedriver Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH), specialiserad palliativ slutenvård. Regionen erbjuder även konsultation, råd och stöd till den allmänna palliativa vården, som kommunen ansvarar för, d.v.s. allmän palliativ vård i ordinärt boende eller i särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd för detta ska utgå från primärvården.

Region Skåne svarar för att **uppsökande tandvård (munhälsa)** bedrivs bland dem som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt HSL, eller får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) samt ”för de som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som de personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar”. Till målgruppen hör också personer som omfattas av LSS och de som har långvariga och omfattande psykiska funktionsnedsättningar. Region Skåne svarar för att dessa målgrupper, efter munhälsobedömning, erbjuds behandlingsinsatser i form av så kallad nödvändig tandvård. Region Skåne ansvarar även för akut tandvård samt för att tillhandahålla munvårdsutbildning för kommunernas personal. För den praktiska tillämpningen finns ”Riktlinjer för uppsökande tandvård i Region Skåne”.

**Kostnadsansvaret** för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel är preciserat i en särskild överenskommelse, ”Förtydligande avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska och medicinska behandlingshjälpmedel”.

### 3.1.2. Sammanställning av iakttagelser och bedömningar

#### 3.1.2.1. Region Skåne

KomRedo's sammanfattande bedömning är att efterlevnaden av Avtalet i fem av de granskade delområden av totalt tio, uppvisar brister och efterlevnaden av Avtalet bedöms därmed inte vara ändamålsenligt.

Efterlevnaden av Avtalet inom området läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård uppvisar en mycket splittrad bild med flera goda exempel men också fall med klart bristande efterlevnad och måluppfyllelse. Det finns stora och bestående skillnader mellan olika kommuner och även mellan enskilda vårdcentraler i en och samma kommun.

Det framgår att följsamheten till Avtalets intentioner under Avtalets första år många gånger var bristfällig men den nya lagstiftningen, som trädde i kraft 1 januari 2018 och ställde nya krav, har gynnat samarbetet, som på de flesta håll idag beskrivs som gott. SIP anses viktig för helhetssyn och informationsdelning men behöver uppdateras regelbundet. Behovet av SIP är störst för patienter med komplexa sjukdomar och behov men samtidigt är sådan planering och uppdatering mest resurskrävande.

Från flera håll framförs att upprättande av rehabiliteringsplaner är viktigt. Inte minst den stora patientgruppen med stroke behöver mycket rehabilitering efter utskrivning. Rehabilitering i hemmet har dock enligt flera intervjuade nedprioriterats under pandemin på grund av besöksförbud med mera, och vissa menar att rehabilitering totalt sett är det minst utvecklade området i Avtalet.

Samverkan kring habilitering gäller som regel barn och unga. Utskrivning vid 18 år från barnhabiliteringen uppges kunna innebära vissa problem i övergången till vuxenverksamhet. En arbetsgrupp har nyligen fått i uppdrag att revidera befintlig överenskommelse om habilitering.

Primärvården arbetar i huvudsak med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (främst rådgivning kring kost/motion och förebyggande av fetma) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Tandvården uppges att den svåraste gruppen att nå och att besöka är patienter med psykisk ohälsa i ordinärt boende. I övrigt sköts dessa grupper i hög grad av psykiatrin. Företrädare för psykiatrin framför att primärvården sköter första linjen men bristen på läkare där ger konsekvenser i form av ökat tryck på psykiatrin, men även psykiatrin har bemanningsproblem.

Egenvårdsinsatser är relativt sällan förekommande för de svårast sjuka men enligt intervjuerna är kunskapen om vad egenvård innebär bristfällig i Region Skåne, liksom om de möjligheter som gällande regelverk erbjuder. Hanteringen, som innehåller särskild remissblankett, uppfattas av vissa informanter som krånglig.

Situationen avseende hjälpmedelsfrågor i de olika kommunerna är mycket skiftande vilket kan innebära svårigheter för berörda i Region Skåne men generellt sett ger hjälpmedelsfrågor sällan upphov till samverkansproblem.

Primärvården har enligt uppgift god samverkan med ASiH (avancerad sjukvård i hemmet), vilket anses ha gynnats av att denna verksamhet ingår i Primärvårdsförvaltningen. Primärvårdens roll i så kallad brytpunktssamtal anses särskilt viktig. Samtliga tillfrågade uppges att samverkan kring palliativa patienter som regel fungerar mycket bra.

Samverkan med kommunerna avseende uppsökande tandvård (munhälsa) uppges vara mycket god och i många fall bättre än med hälso- och sjukvården. Antalet gjorda munhälsobedömningar och nödvändig tandvård följs upp per kommun.

Avtalet uppges avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar delvis vara förlegat eftersom många nya produkter tillkommit. Det finns en ovisshet om hur exempelvis kostnader ska hanteras i Framtidens hälsosystem med God och nära vård. På det hela taget uppges dock att följsamheten till Avtalet har förbättrats och att kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar inte utgör några stora tvistefrågor.

KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Region Skåne inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.2. Burlövs kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Burlövs kommun. Detta gäller främst fem avtalsområden - Läkarmedverkan, Gemensam vårdplanering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar men i viss mån även avtalsområdena - Rehabilitering och Habilitering.

Identifierade brister kring läkarmedverkan enligt Avtalet beror på resursbrist hos vårdcentralen samt att de har många hyrläkare. Inga hembesök utförs och inte heller några lokala uppföljningar av avtalet har gjorts.

I Skåne har gemensam processbeskrivning för gemensam vårdplanering tagits fram och, med utgångspunkt från denna, har en Skåneövergripande *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutenvården hälso- och sjukvård* framarbetats. Informationen från slutenvården uppges vara bristfällig när patienter skrivs ut. Slutenvården uppges ha liten förståelse för vilka resurser kommunen har när det gäller material, beställningar med mera. Kommunen uppges behöva ringa vårdavdelningar för att få fram rätt information kring personen som ska komma hem.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Någon uppföljning har ännu inte gjorts. Enligt kommunen finns bristerna främst inom regionen kring den gemensamma vårdplaneringen mellan kommunen och regionens öppenvård.

De brister som finns inom den palliativa vården uppges främst bero på att läkarna från vårdcentralen inte gör hembesök. Brytpunktsamtal och planering fungerar inte tillfredsställande. Ibland uppges kommunen få anlita Falk för akuta åtgärder.

Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar bedöms inte fungera tillfredsställande. Kännedomen om ansvarsfördelningen enligt "Krysslistan"<sup>1</sup> uppges vara dålig inom slutenvården men även inom primärvården. Det uppges bli diskussioner nästan varje gång om vem som har kostnadsansvaret.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Burlövs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.3. Helsingborgs stad

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Helsingborgs stad. Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i flera avtal och överenskommelser (bilagor som ingår i huvudavtalet) har inte genomförts. Vår bedömning är att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande. Detta gäller främst områdena Gemensam vårdplanering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

<sup>1</sup> Kostnadsansvaret för förbruknings- och sjukvårdsartiklar samt vissa tekniska behandlingshjälpmedel är preciserat i en särskild överenskommelse och det finns en krysslista som visar kostnadsansvar per artikel.



Identifierade brister avseende gemensam vårdplanering framhålls främst bero på en dålig kommunikation mellan läkare på vårdcentralerna och i slutenvården vilket medför att problem skapas för kommunen. Särskilt för individer med svårare diagnoser behövs en bättre dialog som också involverar kommunen. Även Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) medverkan i planeringen brister.

Habilitering, i form av specialisthabilitering, uppges av företrädare för verksamheten fungera relativt bra, medan "vardagshabilitering" endast fungerar på ett fåtal vårdcentraler.

Kommunens hemsjukvård får ansvar för patienter med psykisk funktionsnedsättning från slutenvården som är väldigt svårt sjuka. Detta har kommunen inte specialistkompetensen för. Det behövs en bättre samverkan kring dessa patienter. Slutenvården har ansvar för att säkerställa att kunskapen finns hos kommunen. Det finns en lokal överenskommelse mellan kommunen och Region Skåne. Det framhålls att området är mycket personberoende. Ofta sker hänvisning till andra aktörer.

Egenvården är ett komplicerat område och det fungerar bra hos vissa vårdcentraler, men generellt att bilden är spretig. För hemsjukvården skriver primärvårdsläkaren inte så ofta egenvårdsintyg och kommunen upplever att det finns kunskapsbrister hos läkarna.

Avseende kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar har slutenvården börjat rekommendera i stället för att ordinera, för att kostnaderna inte ska hamna på slutenvården. Krysslistan, det vill säga kostnadsfördelningen, behöver uppdateras. Det är viktigt att primärvården tillhandahåller tillräckligt med material så att kommunen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete och inte lägga arbetstid på transporter för att hämta material.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Helsingborgs stad inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.4. Klippans kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Klippans kommun. Detta gäller främst avtalsområdena – Läkarmedverkan och Personer med psykisk funktionsnedsättning.

Läkarmedverkan fungerar bra på särskilda boenden (SÄBO) och kommunen har ett samarbete med Hälsostadens mobila team rörande de mest sjuka. Det har framkommit att vårdcentralerna vill prioritera boende på SÄBO, medan kommun vill att även de som bor i ordinärt boende ska prioriteras. Det uppges att ett mobilt team har startat för ett särskilt boende.

Vi noterar att kommunen framhåller att problemen med läkarmedverkan och läkarkontakt, i hög grad påverkar individperspektivet negativt. Det framhålls också att kunskapen om Avtalet är god inom kommunen och inom vårdcentralerna, dock inte inom slutenvården.

Avseende åtaganden kring personer med psykisk funktionsnedsättning framhålls läkarbristen och gränsdragningsproblem mellan vårdcentral och specialistpsykiatri. Ibland leder detta till att kommunen får hantera de problem för patienten som uppstår. Vid uppföljningen av målet har svårigheter uppmärksammats under året kopplat till olika tillgängligheter hos de olika huvudmännen. Behov av samverkan och samordning av vård har identifierats. Den interna kommunikationen och informationsöverföringen behöver fortsatt optimeras för att lika vård ska mötas. I uppföljningen framgår också att de behöver tydliggöra vad som är kommunal

primärvård. Dessutom framgår av uppföljningen att den externa samverkan har brustit ett flertal gånger som beror på okunskap gällande ansvarsområde, vilka insatser som kan beviljas och utföras eller förväntas utföras av kommunens medarbetare.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Klippans kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.5. Kristianstads kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Kristianstads kommun. Detta gäller främst områdena Läkarmedverkan, Egenvård och Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Läkarmedverkan fungerar inte tillfredsställande. Brister framförs om tillgång på och svårigheter att få läkare till hembesök, framför allt i ordinärt boende. Avtalet tolkas olika av kommunen och primärvården, exempelvis inskrivning i mobilt vårdteam. Kommunens bedömning är att läkarmedverkan behövs på plats medan primärvården anser att detta kan ske via telefon. Det finns 11–12 vårdcentraler i kommunen och att dessa fungerar på olika sätt samt att det inte finns någon koordinering mellan dessa. Detta leder till olika tolkningar, exempelvis när inskrivning sker av patienter av mobilt vårdteam.

Avseende egenvården finns brister i kunskap hos både läkare, kommunens sjuksköterskor och biståndshandläggare gällande detta och hur uppföljning av egenvården ska ske.

Det förekommer ofta diskussioner mellan primärvård och slutenvård kring var kostnadsansvaret ska ligga. Diskussionerna om kostnadsfördelningen kan, enligt kommunen innebära att patienten inte kan komma hem tillräckligt snabbt och det kan innebära att frågan inte heller är löst när patienten har kommit hem.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kristianstads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.6. Kävlinge kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Kävlinge kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Habilitering samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Det finns brister kring dialogen om rehabiliteringsplaner mellan slutenvård, primärvård och kommunen. Ibland uppges även brister finnas i SVU processen avseende information om behovet av hjälpmedel (från slutenvården). Efterlevnaden av habiliteringsavtalet brister främst för att det tar lång tid att få en kontaktperson. För de som har en kontaktperson uppges verksamheten fungera bra. Kommunen har anställt en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) under 2021. Ett strategiskt och långsiktigt arbete avses att påbörjas under 2022 med att implementera rollen i sektorn samt att identifiera fokusområde gällande rehabilitering i den kommunala hemsjukvården.

Överenskommelsen avseende åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen pågår. Samverkan uppges fungera bra på ledningsnivå men inte på individnivå i praktiken. Sämst uppges samverkan fungera för ärenden kopplade till

missbruk. Kommunen uppger att både kommunen och regionen har ett ansvar i att det inte fungerar tillfredsställande. Vi konstaterar att någon uppföljning har ännu inte gjorts.

Kunskapen om egenvård uppges vara begränsad inom slutenvård och primärvård. Detta innebär ett merarbete för kommunen då upprepade kontakter måste tas med primärvården för att få riktiga egenvårdsintyg. Kommunen anser att ett större grepp behöver tas kring egenvårdsintyg och att bland annat kommunens koordinatörer behöver vara mer delaktiga i detta.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Kävlinge kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.7. Landskrona kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är helt tillfredsställande i Landskrona kommun. Särskilt gäller detta område, Habilitering. När det gäller habilitering förekommer det att parterna gör olika tolkningar av ansvarsförhållandet enligt Avtalet. För Landskronas vidkommande upplevs att brukarna inte får del av specialisthabiliteringen. Ofta faller ärendena mellan stolarna när olika instanser hänvisar till varandra. Följden blir att kommunen ofta får ta hela ansvaret. Ett annat problem som nämns är att habiliteringen förväntar sig att brukaren själv ska kunna ta sig dit vården tillhandahålls, det vill säga till Lund, vilket kan vara ett hinder.

Avseende gemensam vårdplanering är brukarnas behov inte alltid tydliggjorda av slutenvården och inte heller alltid från kommunens sida. Skälet uppges bero på de generellt korta vårdtiderna. Detta fungerar sämst inom psykiatrin. Processen behöver starta redan när patienten blir inlagd på sjukhuset. Det framhålls att problemet är frekvent för patienter som hamnar på andra sjukhus än Landskrona lasarett, för att sedan överföras dit. I dessa fall startar processen först när de kommer till Landskrona lasarett och då blir det ofta väldigt bråttom. Det är oftast när en samordnad individuell plan (SIP) ska initieras som problem uppstår. Problemen handlar främst om var SIP lämpligast ska utföras. Det har även framförts att utskrivningsprocessen ofta startar för sent och det gäller främst patienter som har vårdats på lasarettet i Malmö eller Lund.

Enligt kommunen har egenvården under senare tid utvecklats vad avser hjälpmedel och fungerar bra för barn. Följsamheten till Avtalet uppges enligt kommunen vara relativt god. Det framhålls att området är komplicerat och ställer stora krav på den som gör egenvårdsutredningar och kommunen måste bidra med sin kompetens. Kommunen upplever att det inte är några stora problem att få fram egenvårdsbeslut.

Avseende den palliativa vården framför kommunen att verksamheten är ändamålsenlig. Däremot är inte ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) tillräckligt dimensionerade och detta medför att kommunen ofta får gå in och täcka det behov som uppstår.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Landskrona kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.8. Malmö Stad

KomRedo konstaterar att efterlevnaden av avtalsområdena varierar i betydande grad i Malmö stad men vi bedömer att en stor del av avtalsområdena i huvudsak efterlevs tillfredsställande. Inom fyra avtalsområden - Läkarmedverkan, Rehabilitering, Personer med psykisk

funktionsnedsättning och Egenvård bedömer vi att efterlevnaden inte är helt tillfredsställande inom delar av verksamheten. Granskningen visar att detta i stor utsträckning berör verksamhet som ligger under funktionsstödsnämnden.

Variationen i efterlevnad om läkarmedverkan uppges vara stor mellan kommunens vårdcentraler. Bäst uppges läkarmedverkan från MTV (mobilt vårdteam) i ordinärt boende fungera med åtta fasta läkare som enbart arbetar mot kommunen. På särskilt boende ansvarar respektive kontaktvårdcentral för läkarbemanningen. Varje vårdcentral som har ett särskilt boende är skyldiga att ha ett mobilt vårdteam som också göra de akuta hembesöken. Efterlevnaden och engagemang uppges variera i betydande grad mellan vårdcentralerna. Inom funktionsstödsförvaltningen har problem funnits med de privata vårdcentralerna. Ett tiotal av de 40 vårdcentralerna uppges inte vara anslutna till Avtalet för mobilt vårdteam (avser mindre privata hälsocentraler).

Enligt kommunen finns ett behov av att arbeta mer förebyggande. Det finns också behov av bättre information om rehabiliteringsbehov från bland annat psykiatrin men även från den somatiska slutenvården. Avtalets beskrivning av rehabiliteringsansvarets fördelning mellan kommun och region uppfattas vara diffust och ger utrymme för olika tolkningar. Det uppges också att det finns en otydlighet om vem som gör vad och vems ansvaret är. Ett samverkansprojekt kring rehabilitering uppges pågå inom den delregionala samverkansgruppen. Det framförs också att det saknas personella resurser inom rehabiliteringssektionen för att kunna leva upp till Avtalet och möta patienternas behov, bygga upp samarbete och dialog med verksamheterna och Region Skåne osv.

Det finns en hög ambition i Malmö stad att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom vissa delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Malmö stad inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.9. Sjöbo kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Sjöbo kommun. Detta gäller främst sex avtalsområden - Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård samt Hjälpmedel men i viss mån även avtalsområdena - Läkarmedverkan, Palliativ vård, Munhälsa, samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Avseende läkarmedverkan uppger kommunen att det mobila teamet inte fungerar tillfredsställande. Vårdcentralerna hänvisar till att resurser saknas för att kunna leva upp till Avtalet. Det uppges heller inte finnas någon utsedd hemsjukvårdsläkare. Den lokala uppföljning som ska göras enligt Läkarmedverkanavtalet har inte gjorts. Den uppföljning som gjorts uppges mer bygga på att problem som dyker upp tas upp vid gemensamma möten mellan kommunen och vårdcentralerna och i den delregionala samverkansgruppen.

Det finns stora brister inom den gemensamma vårdplaneringen avseende utskrivningsprocessen från slutenvården. Dessa brister har medfört ökade kommunala kostnader och risker för patientsäkerheten. Kommunen uppges ha påtalat dessa brister flera gånger men fått dålig återkoppling.

Kommunen uppger att den information om patientens behov vid utskrivning som ska anges i Mina Planer inte går att lita på. Kommunen har ett hemtagningsteam bestående av bland annat fysioterapeut och arbetsterapeut som har till uppgift att dagligen följa informationen i Mina Planer för att kunna bedöma vilka insatser och hjälpmedel som behövs när en patient kommer hem. Många gånger uppges att behoven ser annorlunda ut än vad som angivits i Mina

planer. I patientsäkerhetsberättelsen för 2021 anges att kommunen under 2022 planerar att anställa en person som kommer att arbeta med kvalitetsutveckling inom rehabiliteringsområdet. Ergonomi- och förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal har skett under året. Rehabombud uppges ha införts i alla verksamheter för att öka kunskapen kring medicintekniska produkter och rehabilitering hos omvårdnadspersonalen och därmed öka kvalitén och patientsäkerheten i verksamheterna.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Enligt kommunen finns en okunskap inom psykiatri kring Avtalets ansvarsfördelning och vad som är kommunens ansvar men även brister i kunskap om regelverk och rutiner i utskrivningsprocessen. Någon uppföljning enligt Avtalet har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad inom slutenvård och primärvård och behöver förbättras. Egenvårdsintyg fungerar dåligt, det levereras inte som det ska och det fylls inte i korrekt, detta gäller både slutenvård och primärvård.

Generellt uppfattas hjälpmedelshanteringen fungera bra i kommunen. Problemen berör i huvudsak utskrivningsprocessen om det hjälpmedel som slutenvården rekommenderar inte stämmer med behovet hemma (vilket kan innebära att fel hjälpmedel tas med till patienten vilket kan leda till brister i patientsäkerheten innan byte sker).

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Sjöbo kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.10. Skurups kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Skurups kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Hjälpmedel, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Avseende rehabiliteringsprocessen inom slutenvården uppges den ofta gå så fort att kartläggningen av vad patienten behöver när han eller hon kommer hem inte hinns med eller inte blir tillräckligt tydlig. Kommunen uppges att kartläggningen ibland kan ha varit utförd flera dagar innan utskrivning vilket kan medföra att den då blir inaktuell. Ofta stämmer inte det hjälpmedel som sjukhuset rekommenderar med behovet hemma, vilket kan innebära merarbete för kommunen när hjälpmedel måste bytas. Strukturen mellan vårdcentralen och kommunen behöver stärkas ytterligare. En otydlighet finns avseende vem som har tolkningsföreträde kring var rehabiliteringen ska utföras.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning är relativt ny och implementeringen uppges pågå. För de flesta patienter uppges samverkan fungera väl men för vissa fungerar det sämre. Detta uppges påverka verksamheten negativt. Enligt kommunen finns en okunskap hos psykiatri av ansvarsfördelning och vad kommunen har rätt att göra. Behovet av individanpassning är stor enligt LSS. Någon uppföljning enligt Avtalet har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad och behöver förbättras. Region Skånes rutin och manual uppges vara välformulerad och tydlig, men den efterföljs inte av de

som ordinerar. Egenvårdsintyg saknas ofta och behöver efterfrågas av de kommunala handläggarna.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande i Skurups kommun. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Skurups kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.11. Staffanstorps kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Staffanstorps kommun. Detta gäller främst fyra avtalsområden - Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar men i viss mån även avtalsområdena - Rehabilitering, Habilitering, Läkarmedverkan, Hjälpmedel och Munhälsa.

Kommunen uppger att utskrivningsprocessen inte fungerar bra kring psykiskt funktionshindrade då psykiatrin inte använder planeringsverktyget Mina Planer. Kommunen anser att dialogen saknas. Det nya Avtalet är inte implementerat än men problemen uppges ha varit samma tidigare.

Kommunen framhåller att kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara mycket begränsad inom primärvården och den slutna vården. Primärvården uppges ha mycket dåliga kunskaper i begreppet egenvård och vad som åligger dem vid till exempel ett egenvårdsintyg.

Avseende den palliativa vården uppger kommunen att regionen genom ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) försöker övervältra dessa uppgifter på kommunen utanför Avtalet. Särskilda boenden har alltid sjuksköterska på plats och tillgång till ett mobilt team. Den palliativa vården uppges fungera bättre på särskilda boenden än i ordinärt boende. Mobila team genom primärvården fungerar betydligt bättre.

Kommunen uppger att det är ständiga diskussioner om vem som ska betala för förbruknings- och sjukvårdsartiklarna. Den instans som ordinerar måste betala. Enligt kommunen borde det vara läkare som ordinerar och inte försöka överflytta ordinationen till en sjuksköterska bara för att kommunen ska betala.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande i Staffanstorps kommun. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Staffanstorps kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.12. Svalövs kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Svalövs kommun. Detta gäller främst Läkarmedverkan, Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård.

Avseende läkarmedverkan fungerar den överlag bra, däremot framförs att de mobila teamen inte fungerar. Kommunen saknar också läkarmedverkan på LSS (Lag om stöd och service) gruppboendestad.

Det görs olika tolkningar av överenskomna dokument avseende rehabilitering och habilitering. Svalövs kommun har upplevelsen att brukare/patienter inte får del av specialisthabiliteringen. Ärenden hamnar mellan stolarna när olika instanser hänvisar till varandra. Brukaren/patienten förväntas själv ta sig till habiliteringen, vilket försvårar för denna att få relevant vård.

Överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning brister då det ofta saknas deltagande från psykiatrin vid SIP och deltagandet är allmänt lågt från psykiatrin. Kommunen framför att de inte har några samverkansmöten på någon nivå inom området. Det finns ett behov av kompetensutveckling i kommunen och det behövs en bättre samverkan. Egna beslut "landar" ibland felaktigt.

Det finns en stor förbättringspotential inom överenskommelsen kring egenvård. Det finns en osäkerhet om innebörden i begreppet. Kommunen uppger att det finns en bristande kunskap i egenvård både inom kommunen och regionen, vilket leder till brister i följsamheten.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Svalövs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.13. Svedala kommun

Komredo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Svedala kommun. Detta gäller särskilt områdena, Gemensam vårdplanering, Rehabilitering, Habilitering samt Personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kommunen arbetar mot tre sjukhus och i relationen till dessa finns problem. De problem som noteras är att sjukhusen ofta ändrar tider för utskrivning vilket skapar svårigheter och ryckighet i kommunens planering. Andra problem som lyfts fram är att läkemedelslistor inte stämmer, Epikris (bedömning i journal) saknas samt att patienter skickas hem med, exempelvis sår utan att detta meddelas. Avvikelse noteras och skickas in från kommunen men de åtgärder som vidtas är bristfälliga. Det framhålls också att det finns en förbättringspotential även hos kommunen. Samverkan med vårdcentralerna fungerar dock bra.

Det är ofta en diskussion om vilken part som ska ta ansvaret för rehabiliteringsinsatser och tröskeln är hög för att komma in på dagrehabilitering. När det gäller habiliteringen framhålls svårigheterna att få kontakt samt att överföring från barn- till vuxenhabilitering har blivit mer komplicerad eftersom en ny utredning måste göras. Färre patienter har kontakt med habiliteringen idag och då ofta under korta perioder. Det krävs egenremiss inför all kontakt med specifik orsak, varför stödet behövs, vilket ibland är svårt att komma fram till och skriva. Det är svårare idag att få stöd som personal.

När det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och särskilt vuxenpsykiatrin i Trelleborg är det mycket svårt att få direktkontakt med läkare då all kontakt ska gå via fast vårdkontakt. Kommunen framhåller att problemen främst utgörs av svårigheter att få kontakt samt långa väntetider samt ibland svårigheter med LSS patienter att få komma till psykiatrin. Det är ett glapp mellan BUP och vuxenpsykiatrin och ingen samordning.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Svedala kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

#### 3.1.2.14. Tomelilla kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Tomelilla kommun. Detta gäller främst fyra avtalsområden - Rehabilitering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning samt Egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Läkarmedverkan, Gemensam vårdplanering, Palliativ vård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Kommunen anser att de sköter sin del av Avtalet men att rehabilitering inom slutenvården ofta inte är påbörjad. Samma sak uppges gälla inom habiliteringsverksamheten fast samverkan där inte är lika vanlig. Kommunen upplever att det inte görs några överenskommelser inom rehabiliteringsområdet. Habiliteringsområdet har inte heller förbättrats eller förändrats i och med Avtalet.

Kommunen framhåller att brister i samverkan och bristen på kunskaper om den gemensamma vårdplaneringen, uppges ha tagits upp i olika samverkansorgan men inte inneburit någon större skillnad. Överenskommelsen är relativt ny och implementeringen uppges pågå. Någon uppföljning har ännu inte gjorts.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara begränsad och behöver förbättras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Tomelilla kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.15. Trelleborgs kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Trelleborgs kommun. Det gäller främst områdena, Gemensam vårdplanering, Rehabilitering och Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning och Egenvård.

Avseende gemensam vårdplanering uppger kommunens att slutenvården brister i följsamhet till Avtalet. Överföring av information vid utskrivning från den slutna vården fallerar och därmed syftet att säkerställa en trygg och säker vård för patienten efter utskrivning. Noteringar i Mina planer är ofta bristfälligt ifyllda. Förhållandet att slutenvården anger en generell tidpunkt och inte en realistisk sådan för utskrivning skapar problem i kommunen med planering, vilket leder till stor irritation.

Det är en låg efterlevandegrad avseende rehabilitering och habilitering vilket uppges bero på kompetensbrist. Det framförs också att det är ett svagt fokus på rehabilitering och habilitering. Kommunen uppger att det saknas rehabiliteringsplaner från läkare (PAL, dvs patientansvarig läkare) och remisser är otydliga (som ofta saknar syfte). KomRedo noterar att några specifika uppföljningar av avtalen inte ha gjorts.

Det saknas ett lokalt avtal och därmed en tydlig ansvarsfördelning mellan regionen och den kommunala hälso- och sjukvården avseende åtagande kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Kommunen upplever att detta får negativa återverkningar på samarbetet och försvårar en god samverkan mellan vårdgivarna. Generellt är detta område hårt belastat och kommunen upplever att ingen har, eller tar ett samlat ansvar.

Kommunens och Primärvårdens tolkningar av rutinen för egenvård skiljer sig åt, framför allt i ärenden som rör brukare med personlig assistans. Kommunens uppfattning är att regional rutin för egenvårdsbedömning, verkar vara tämligen okänd inom alla nivåer inom regionen, vilket leder till att specialistmottagning skickar begäran till kommunen utan korrekt ifyllda blanketter osv.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Trelleborgs kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.



### 3.1.2.16. Ystads kommun

KomRedo bedömer att efterlevnaden inte är tillfredsställande inom flera avtalsområden i Ystads kommun. Detta gäller främst tre avtalsområden - Rehabilitering, Habilitering samt egenvård men i viss mån även avtalsområdena - Gemensam vårdplanering, Läkarmedverkan, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Hjälpmedel, Palliativ vård, Munhälsa, samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar.

Samverkan kring rehabilitering uppges vara mycket begränsad. Det uppges också vara oklart vem som samverkan ska ske med. Rehabiliteringsverksamheten inom hela Region Skåne uppfattas vara "ganska nedmonterad". Rehabiliteringsplaner uppges förekomma sällan eller aldrig. Habiliteringsverksamhetens omfattning uppges vara liten i kommunen. Avtalet uppges vara omgjort så det bara gäller de äldre i kommunen. De yngre får sin habilitering i regionen.

Kunskapen om rutinen för egenvård uppfattas vara mycket begränsad inom regionen och behöver förbättras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalet målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor fungerar efterlevnaden inte helt ändamålsenligt. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Ystads kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

### 3.1.2.17. Ängelholms kommun

KomRedo bedömer att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande i Ängelholms kommun. Detta gäller främst avtalsområdena – Personer med psykisk funktionsnedsättning och Egenvård.

Avseende överenskommelsen om åtgärder kring psykisk funktionsnedsättning är området svårplanerat och det finns olika uppfattningar rörande ansvar och gränsdragning. Detta gäller särskilt vid beroendeproblematik. Vidare anförs att området är komplicerat på grund av att det är många olika aktörer. Svårigheter finns i planeringsstadiet eftersom brukarna i många fall säger nej till att dela information i Mina planer.

Kommunen anser att det är ett generellt problem att man har olika bilder om vad egenvård innebär och att kunskapen är svag, även i den egna organisationen. Vårdcentralerna behöver mer kunskap om egenvårdsföreskrifterna och regional rutin för egenvårdsbedömning. Bedömning görs först på begäran från kommunens HSL-personal eller biståndshandläggare. En helhetsbedömning av egenvård borde göras av ansvarig läkare när behov av stöd avseende exempelvis läkemedel observeras.

Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Ängelholms kommun inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

## 3.2. ***Ansvarsfördelningen och kostnadsfördelningen mellan kommunerna och Region Skåne med anledning av Avtalet***

I Avtalets grundöverenskommelse anges Region Skånes och kommunernas åtagande och hälso- och sjukvårdsansvar: "Det nya arbetssättet bygger på ett utvecklat samarbete mellan respektive kommun och Region Skåne, där respektive part svarar för finansieringen av sitt lagstadgade uppdrag enligt Hälso- och sjukvårdslagen och enligt den grundöverenskommelse om ansvarsfördelning som gäller i Skåne".

### *lakttagelser och bedömningar*

Granskningen visar att en stor förtjänst med Avtalets tillkomst var att det samlade flera olika författningar och överenskommelser under ett paraply, och på vissa områden också skapade en nomenklatur som kunde användas gemensamt för ökad förståelse. Det upplevs också positivt att utvärdering och vidareutveckling av de olika delarna skett i samverkan. Det finns i denna samverkan egentligen inga motsättningar avseende ansvarsfördelningen i sig, utan de frågor som behandlas handlar snarare om tolkningar och tillämpning av avtal, regelverk och framtagna rutiner. Men vissa intervjupersoner anser att Avtalet "har överlevt sig själv" och att det behövs nya tankegångar kring samverkan med kommunerna, som tydligare involverar hela den snabba utvecklingen av mobila vårdtjänster. Det bör dock noteras att projektet Framtidens hälsosystem i sin nuvarande form inte involverar Skånes kommuner.

Av minnesanteckningar från delregionala samverkansmöten konstaterar vi att det i avtalsperiodens början fanns farhågor i kommunerna att Avtalet skulle kunna innebära kostnadsökningar för att hantera de olika processerna.

Vi noterar också från de granskningar som genomförts parallellt avseende 16 kommuner i Skåne där det framgår att denna del av Avtalet i övervägande del inte fungerar ändamålsenligt (12 av 16 kommuner) och att bristerna i avtalsefterlevnaden i stort kan leda till ökade kostnader för kommunerna. Exempelvis vårdas fler personer i hemmet vilket leder till att kostnaderna i högre grad flyttas över till kommunen. Det framförs att när vården i högre grad bedrivs i hemmet samt att patienter som varit i behov av slutenvård skrivs ut betydligt tidigare har det föranlett att den vård som bedrivs i kommunerna blivit alltmer omfattande och komplex. Det ställer högre krav på kompetens och en högre personaltäthet för att möta den vård och omsorg som den enskilde behöver. Vidare anförts att detta, tillsammans med den omställning som görs enligt Nära vård så bedöms inte kostnadsfördelningen stämma med den vård som det nu ställs krav på att kommunerna ska bedriva.

KomRedo konstaterar att det generellt sett inte finns några underlag, varken hos regionen eller kommunerna som bekräftar att det medfört ökade kostnader för kommunerna på grund av Avtalet. Endast Malmö stad har räknat på sina ökade kostnader som visat att det finns en förskjutning av kostnaderna från Region Skåne till kommunerna<sup>2</sup>.

### *Sammanfattande bedömning*

För att ansvars- och kostnadsfördelningen ska vara ändamålsenlig måste enligt vår bedömning avtalsefterlevnaden bli bättre. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet endast delvis varit ändamålsenlig under den period som granskats, särskilt mot bakgrund av svårigheterna att ta fram data som följer upp kostnaderna.

### **3.3. Region Skånes respektive kommunernas bidrag till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet**

Syftet med Avtalet är att "säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet", det vill säga den huvudsakliga samverkan ska ske genom att samarbeta i det operativa arbetet gentemot patient och brukare. För att tydliggöra former och innehåll för detta operativa samarbete definieras att "En samverkansstruktur är framtagen för samverkansfrågor mellan Region Skåne och Skånes kommuner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Avsikten är att skapa förutsättningar för gemensamt utvecklingsarbete i

<sup>2</sup> Enligt uppgift i samarbete med KEFU.

enlighet med Avtalet samt stärka koordineringen av övrigt arbete inom det gemensamma ansvarsområdet.” Denna samverkansstruktur har också ansvar för att ta fram ”årliga konkreta genomförandeplaner för de olika utvecklingsområdena i Avtalet”.

#### *lakttagelser och bedömningar*

Det är hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne som har handlagt de frågor som rör implementeringen av Avtalet. Det är även representanter från hälso- och sjukvårdsnämnden som har bemannat den centrala samverkansorganisationen som tillkommit i anslutning till Avtalet. Utöver den centrala samverkan har sex delregionala samverkansorgan funnits. Även på delregional nivå finns en politisk organisation med tjänstemannastöd från Region Skåne och de berörda kommunerna.

Minnesanteckningar från centrala och delregionala samverkansorganen visar att parterna har deltagit i de forum som utgör samverkansstrukturen. Samverkansmöten, framför allt på delregional nivå, har till övervägande del innehållit information och diskussion, och mindre av analys, vilket krävs för beslutsfattande och verkställighet. Av minnesanteckningar från samverkansmöten framgår att samma ämnen oftast tas upp vid flera på varandra följande möten. Här finns dock stora skillnader mellan de delregionala samverkansorganen. Där det fungerat bäst, framför allt i Malmö stad men också i delregion Mellersta och i viss mån delregion Nordväst, har det tillsatts resurser att koordinera och verkställa beslut.

På central nivå har funnits en större grad av framdrift och analys. Dock är värt att nämna att andra saker än just Avtalet ofta har varit i fokus i centrala samverkansorganet.

Endast fem av totalt 16 granskade kommuner uppger att samverkan fungerar bra. Malmö stad uppger att de har flera välfungerade nätverk och samverkansforum och att god samverkan sker med både primärvård och med slutenvården. Det pågår ett arbete med kontaktvårdcentraler för att öka samarbetet ytterligare. Även Ängelholm, Kristianstad, Staffanstorps och Ystad uppger att det generellt finns ett bra samarbetsklimat och att relationerna är goda.

Samverkan i det delregionala samverkansorganet bedöms av Burlövs kommun fungera bra men diskussionerna uppges ofta vara på en övergripande nivå. Flera kommuners företrädare uppger att både Region Skåne och den egna kommunen, i liten utsträckning bidrar till en god och ändamålsenlig samverkan kring Avtalet medan vissa kommuner anser att bristande samverkan i första hand finns inom Regionens ansvarsområden. Det har tagit flera år för exempelvis Helsingborgs stad att ta fram en samverkansrutin och kommunen framhåller att parterna i liten utsträckning bidragit till en ändamålsenlig samverkan kring Avtalet.

Flera kommuner framför att under de senaste två åren har i stort samverkan fokuserats kring pandemifrågor. Både Region Skåne och kommunerna framför att samverkan stärkts under pandemin men att fokus har under dessa år inte legat på Avtalet och dess utveckling.

En stor del av det som tas upp på delregionala samverkansmöten uppges handla om information kring olika projekt och utvecklingsfrågor och inte så mycket om hur de ska komma till rätta med avvikelser i grundavtalet. Det uppges också finnas svårigheter för de mindre kommunerna att driva dessa frågor då det saknas utredningsresurser i stort. I stor utsträckning arbetar de mindre kommunerna som tidigare år och uppger att Avtalet inte haft så stor påverkan på den egna verksamheten. Det finns en efterfrågan på tydligare styrning för att åtgärda bristerna i Avtalet.

I lokalt samverkansforum behandlas lokala, oftast praktiska frågeställningar. Exempelvis uppger Trelleborgs kommun att eftersom mobila vårdteam ännu inte fungerar i kommunen

saknas en grundläggande förutsättning för att kunna utveckla Avtalet. De fem olika vårdcentralerna som Trelleborgs kommun samverkar med har olika arbetssätt vilket utgör ett hinder i det dagliga arbetet. Burlövs kommun uppger att de ofta hamnar i diskussioner om tröskelbegreppet där parterna har olika uppfattningar om vad det innebär. Diskussionen är negativ för samverkan.

Av Avtalet framgår att parterna åtar sig att på varje boende och på det geografiska område som det lokala Avtalet omfattar, en gång per år göra en gemensam rapport över hur de upplever att samverkan fungerar. Efterlevnaden av denna del av Avtalet fungerar generellt inte.

#### *Sammanfattande bedömning*

KomRedo bedömer att både Region Skåne och kommunerna har deltagit i den samverkansstruktur som skapats av huvudmännen och de har i huvudsak fullgjort sitt åtagande i denna del. Att det förekommit meningsskiljaktigheter kring vissa frågor ändrar inte denna bedömning.

Däremot vill vi ifrågasätta ändamålsenligheten i att samverkan resulterat i ett tämligen begränsat antal beslut, speciellt eftersom besluten skiftar mycket mellan de olika delregionala samverkansorganen. De brister som påvisats i uppföljningen av Avtalet innebär också att ändamålsenligheten i samverkan kan ifrågasättas. Någon dokumenterad uppföljning av hur samverkansfora har fungerat saknas generellt.

KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet i denna del inte är ändamålsenlig. För att samverkan ska vara helt ändamålsenlig krävs enligt vår bedömning att större brister i avtalsefterlevnaden åtgärdas.

### **3.4. *Beslut och åtgärder som regionen och kommunerna vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet***

Det är Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd samt de politiska samrådsorganen som i främsta rummet haft ett ansvar för att besluta om åtgärder för att uppnå Avtalets mål, oftast utifrån rekommendationer och övrigt beslutsunderlag från Centralt samverkansorgan och centrala tjänstemannaberedningen. Övriga nämnder är indirekt berörda men har inte haft en direkt styrande roll. Primärvårdsnämnden har inte varit direkt involverad i uppföljning och styrning av Avtalets genomförande.

#### *lakttagelser och bedömningar*

KomRedo noterar att de olika samverkansgrupperna har i stort fungerat enligt uppgjorda planer. Eftersom målen inom de olika delarna i Avtalet flera fall inte varit preciserade och kvantifierbara har måluppfyllelse varit svår att bedöma. Av detta följer att beslut och åtgärder för att uppnå målen inte lätt har kunnat identifieras. De beslut och åtgärder som vidtogs av Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd 2019 utifrån inkomna utvärderingar bedömer vi dock som adekvata utifrån tidigare påvisade brister i efterlevnaden av Avtalet. Beslutet om åtgärder som togs syftade då till en helhetslösning att gälla under viss tid. Efter 2019 förlitade hälso- och sjukvårdsnämnden sig uppenbarligen på denna åtgärdsplan, och gjorde inga tillägg. Under 2020-2021 förefaller fokus ha legat på pandemin samt andra initiativ såsom God och Nära vård. Detta gjorde att åtgärdsplanen kom i skymundan.

Granskningen visar att det brister i vidtagna åtgärder avseende flera delar i Avtalet hos samtliga granskade kommuner och att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att komma till rätta med dessa brister.

KomRedo bedömer att de beslut och åtgärder som regionen och kommunerna vidtagit för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet inte varit tillräckliga.

### 3.5. **Effekter som kan påvisas för brukarna och för verksamheten**

Det främsta syftet med Avtalet uppges vara att brukarna får tillgång till "en tryggare och mer sammanhållen vård". Samtidigt ska Avtalet skapa förutsättningar för en ambitionshöjning, både när det gäller kvalitet och kostnadseffektivitet".

#### *lakttagelser och bedömningar*

I Region Skåne och kommunerna saknas det en systematisk uppföljning av resultat ur ett brukarperspektiv och uppföljning på brukarnivå har endast skett fragmentariskt.

I ett försök att skapa en bild av de aktuella målgruppernas uppfattningar om hur ansvarsfördelning och samverkan fungerar, gavs berörda patient- och brukarföreningar möjlighet att förmedla sina erfarenheter och synpunkter.

Sammantaget ansåg 7 av 10 svarande att läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård ur ett patient- och brukarperspektiv fungerar ganska dåligt eller mycket dåligt och att 8 av 12 ansåg gemensam vårdplanering (in- och utskrivningsprocessen från och till slutenvården) fungerar ganska dåligt eller mycket dåligt ur ett patient- och brukarperspektiv. Liknande resultat erhöles beträffande flera andra områden i Avtalet. Däremot framgick från 8 av 9 svarande att den palliativa vården fungerar ganska bra eller mycket bra ur ett patient- och brukarperspektiv.

Vi har också analyserat kvalitetsregisterdata och andra utfallsmått som varit möjliga att fånga. Utfallet av de utvalda indikatorerna för Region Skåne under perioden 2016-2021 uppvisade att Region Skånes resultat ligger mycket nära riksgenomsnittet utan större variationer under den aktuella tidsperioden. I detta sammanhang bör nämnas de lokala uppföljningar som utförts ur ett patient/brukarperspektiv och som bidragit till lärande och framdrift av arbetet, bland annat i Malmö och Tomelilla.

Avsaknaden av fastställda nyckeltal och andra sifferunderlag för löpande uppföljning gör att det inte heller går att påvisa tydliga effekter för verksamheten. Befintliga data från kvalitetsregister ger inga hållpunkter för vare sig en förbättring eller försämring av de indikatorer som redovisats. Eftersom det saknas en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden finns det en inbyggd osäkerhet i hur stor effekten av Avtalets är för brukarna trots att det tydligt framgår av Avtalet att insatserna i större utsträckning än tidigare ska utgå från vårdtagarens behov.

Granskningen visar att det brister i uppföljning av effekter hos brukarna avseende flera delar i Avtalet hos samtliga granskade kommuner och Region Skåne. Mot bakgrund av vad som framkommit bedömer KomRedo, utifrån brister i avtalsefterlevnad och avsaknaden av en systematisk uppföljning av vad som åstadkommit inom Avtalets olika områden, att effekterna som kan påvisas för brukarna och verksamheten inte är helt ändamålsenliga.

### 3.6. **Uppföljning av Avtalet**

I Avtalet framhålls vikten av en gemensam löpande uppföljning som en förutsättning för att samverkan ska kunna fungera och arbetet ska kunna drivas i rätt riktning. "Till Avtalet kopplas därför en gemensam uppföljningsplan som reglerar vad som ska följas och på vilket sätt detta ska ske. Denna uppföljningsplan med definierade indikatorer och preciserade metoder för

*datainsamling, omfattande nedanstående uppföljningsområden, ska fastställas av Centralt Samverkansorgan inför varje verksamhetsår.”*

Uppföljningen preciseras i bilagorna till Avtalet, bland annat vilka indikatorer som ska följas, och när uppföljningen ska ske. Liknande beskrivningar finns för utvecklingsområdena.

#### *lakttagelser och bedömningar*

Någon gemensam, löpande uppföljning har inte kunnat identifieras. Minnesanteckningarna från de delregionala samverkansorganen handlar i mycket liten utsträckning om strukturerad uppföljning.

Granskningen visar också att ansvarig nämnd eller den politiska ledningen i kommunerna generellt inte gjort eller efterfrågat någon uppföljning av Avtalet. Denna brist gäller även ansvariga nämnder i Region Skåne. Om det finns något dokumenterat är det mycket begränsade underlag där samarbetsavtalen eventuellt kommenteras (i huvudsak patientsäkerhetsberättelse och minnesanteckningar från samverkansmöten). Det enda undantaget är Malmö stad vars nämnder i stor utsträckning har följt upp Avtalet, dock ej i samtliga delar.

KomRedo bedömer att Region Skånes och kommunernas uppföljning av Avtalet som bristfällig. Gemensam uppföljning är, som Avtalet påpekar, av central vikt. Genom avsaknaden av ett sådant ramverk är KomRedo's bedömning att Region Skåne och kommunerna har gått miste om en mycket viktig beståndsdel i de förutsättningar som krävs för effektiv framdrift, förståelse- och samsynsskapande kommunikation och effektmätning.

KomRedo bedömer att Region Skåne och kommunerna inte har gjort en ändamålsenlig och inte heller dokumenterad uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

### **3.7. Utvecklingsområden**

Med Utvecklingsområden avses Del B i Avtalet, med syfte att *”höja kvaliteten för den enskilde, samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Detta utvecklingsåtagande ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö”*.

Utvecklingen var tänkt att genomföras *”stegvis enligt delregional planering med införandetakt utifrån de olika förutsättningar som finns i olika kommuner och delar av Skåne”*.

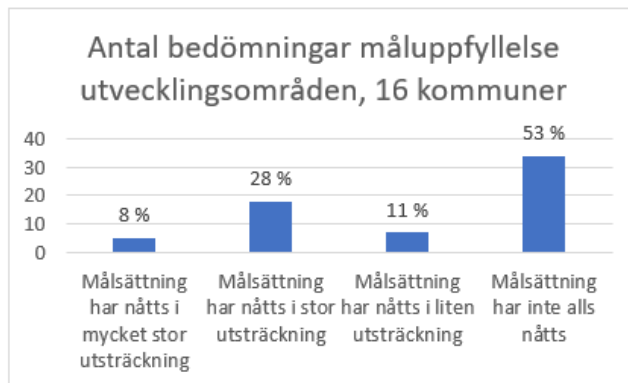
Utvecklingsinsatserna skulle avse:

- Teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Insatser och samverkansformer för tidvis sviktande
- Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper
- Rehabilitering och hjälpmedelsinsatser

#### *lakttagelser och bedömningar*

Implementeringsgraden på de olika utvecklingsområdena har varit mycket skiftande, både mellan områdena i sig, och geografiskt i hur långt de kommit. Genomförandestrategin att låta delregionerna stå för planering och genomförande har inte varit lyckosam, och har resulterat i såväl generellt långsam genomförandetakt som i stora skillnader i hur planerna är genomförda. Ett av huvudsyftena är jämlik vård och enligt vår bedömning har jämlik vård inte uppfyllts.

Av tabellen framgår en sammanställning av kommunernas bedömning av i vilken utsträckning målsättningarna av Avtalets fyra utvecklingsområden nåtts. Övervägande del (53 %) av målsättningarna har inte nåtts enligt respektive kommuns egen bedömning.



Utifrån genomförd dokumentgranskning är KomRedo's bedömning att måluppfyllelsen är bristfällig avseende denna del av Avtalet, detta gäller såväl Region Skåne som kommunerna.

### 3.8. Påverkan av pandemin covid-19

Enligt uppdraget ska denna granskning även ta sikte på hur efterlevnaden av Avtalet fungerar under covid-19. Frågor kring påverkan av pandemin har ställts i samband med intervjuerna och eventuella hänvisningar till pandemin har uppmärksammats vid dokumentgranskningen.

#### *Iakttagelser och bedömningar*

Pandemin covid-19, som tog sin början i mars 2020 och fortfarande pågår, har utgjort en stor påfrestning för landets regioner och kommuner. Även om Skåne under den första vågen våren 2020 hade en lägre smittspridning medförde införda restriktioner och andra åtgärder att fokus i samverkan låg på de olika insatser som skyndsamt behövde genomföras, bland annat storskalig testning och vaccinationer. Detta medförde att en rad aktiviteter (utbildningar med mera) kopplade till Avtalet under en lång period 2020-2021 försenades eller sköts upp på obestämd tid. De beskrivna problemen i efterlevnaden av Avtalet i flera granskade delar med att uppnå en likartad implementering överallt kan till viss del förklaras av de påfrestningar på vård- och omsorgssystemet som pandemin covid-19 medförde. Men problemen med att uppnå ett brett införande fanns långt före pandemins början våren 2020.

KomRedo's bedömning är att pandemin covid-19 har utgjort ett betydande hinder för genomförande och efterlevnad av Avtalet under 2020-2021 medan det omfattande gemensamma arbetet under pandemin har generellt sett haft positiva effekter på samverkansklimatet mellan region Skåne och länets kommuner. Generellt framför kommunerna att pandemin haft en stor påverkan på förutsättningarna för samverkan.

## 4. Vår samlade analys

### 4.1. Analys av iakttagna brister, utmaningar och hinder

Ett av grundproblemen inom dagens hälso- och sjukvård är att vården i många fall upplevs som splittrad mellan huvudmännen och att vårdverksamheter utgår ifrån olika uppdrag, lagar eller andra förutsättningar och inte från individens problem och behov här och nu.

Det kan finnas många hinder, som motverkar ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, ett system som byggts upp under många år och som även starkt påverkas av lagen om valfrihetssystem.

Eftersom systemet är komplicerat för att få en sammanhållet och likvärdig vård vid uppdelning av vårdutbudet behövs en mer enhetlig och tydlig styrning av de verksamheter som direkt eller

indirekt tillhandahåller hälso- och sjukvård. Den sammanhållna vården måste utgå ifrån ett helhetsperspektiv på hälsa där alla patienters olika behov är i centrum, oavsett huvudman. Upprättandet av Avtalet kring ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården och tandvården i Skåne utgör ett exempel på sådan styrning, och utgör verktyg för huvudmännen att påverka inriktning och fokus i verksamheten.

## 4.2. *Analys av geografiska skillnader*

Utöver den centrala samverkan har sex delregionala samverkansorgan funnits, som omfattar följande områden: Malmö, Sydväst, Sydost, Nordost, Nordväst, Mellersta. Till varje delregionalt samverkansorgan finns en delregional tjänstemannaberedning. I varje tjänstemannaberedning ingår representanter från Region Skåne.<sup>3</sup>

Granskade kommuner som ingår i *nordöstra* Skåne är Kristianstad (ej Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby och Östra Göinge). Granskade kommuner som ingår i *nordvästra* Skåne är Ängelholm, Klippan, Svalöv, Helsingborgs stad och Landskrona (ej Båstad, Örskelljunga, Höganäs, Åstorp och Bjuv). Granskade kommuner som ingår i *mellersta* Skåne är Kävlinge, Burlöv och Staffanstorp (ej Lund, Eslöv, Höör, Hörby och Lomma). Granskade kommuner som ingår i *sydöstra* Skåne är Tomelilla, Ystad, Sjöbo och Skurup (ej Simrishamn). Granskade kommuner som ingår i *sydvästra* Skåne är Svedala och Trelleborg (ej Vellinge). Granskad kommun som ingår är även *Malmö stad*.



Ängelholm är den kommun i Nordväst som särskiljer sig gentemot övriga i delregionen. Kommunen uppger att utvecklingen av teambaserad vårdform via mobila team fungerar mycket gott. Dock erbjuder inte alla vårdcentraler inskrivning i mobilt team i enlighet med Avtalet. Det är framför allt samarbetet med Ängelholms sjukhus som fungerar bäst. Exempelvis nämns samarbetet med akuten i Ängelholm gällande hjälpmedel för personer som kan skrivas ut med snabbt insatta insatser från hemtjänsten och hjälpmedel för att undvika inläggning samt förtroendeförskrivning av hjälpmedel via ASiH. Landskrona, Svalöv och Klippans kommuners målsättningar med utvecklingsmålen har inte nåtts eller endast nåtts i liten utsträckning. Eftersom mobilt vårdteam inte införts har inte målsättningen eller avtalsefterlevnaden med detta arbete uppnåtts, därmed kan inte heller målen ha uppnåtts för utvecklingsområdenas utveckling av insatser för tidvis sviktande samt utveckling av arbetsätt och stöd för personer i riskgrupp. Landskrona kommun, Svalövs kommun, Landskrona lasarett och primärvården har även bildat en styrgrupp och ett närsjukvårdsråd. Till sistnämnda finns arbetsgrupper knutna för att arbeta med utvecklingsfrågor. Den organisatoriska strukturen beslutades med anledning av Avtalet. Styrgruppen består av sjukhuschef, primärvårdschef för primärvården Skåne Nordväst, förvaltningscheferna för Vård- och omsorg i respektive kommun samt platschef för psykiatri. Samarbetet bedöms fungera bra och det finns en tradition av goda samverkansformer. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalets olika delar är något splittrad inom delregionen Nordväst. Det är främst läkarmedverkan, rehabilitering och habilitering som övervägande har brister. Bilden är ännu starkare hos Helsingborgs stad där samtliga målsättningar inte nåtts på grund av att det inte finns någon bra samverkan mellan kommunen och primärvården samt att efterlevnaden av Avtalet brister. Endast hjälpmedel, palliativ vård och munhälsa bedöms fungera i Helsingborg stad.

<sup>3</sup> Struktur för Vårdsamverkan Skåne, Region Skånes hemsida 2022-07-28



I delregionen Nordost har endast Kristianstad kommun deltagit i granskningen. Kommunen anför att eftersom målet för utvecklingsområde, teambaserad vårdform för de mest sjuka endast i liten utsträckning nåtts, har inte heller målen nåtts för utvecklingsområdena, utveckling av insatser för tidvis sviktande och utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupp. Övriga utvecklingsområden har inte varit prioriterade då fokus legat på teambaserad vårdform. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet bedöms i stort vara ändamålsenlig, om det finns brister uppger kommunen att en stor del av ansvaret för detta ligger på regionen.

I delregionen Sydost har endast Tomelilla kommun två målsättningar för utvecklingsområden som nåtts i stor och i liten utsträckning. Målsättningen för teambaserad vårdform för de mest sjuka bedöms ha nåtts i stor utsträckning. En förutsättning för detta är enligt kommunen en hög tillgänglighet på läkare hos vissa aktörer. Det framgår dock att mobilt team inte används i alla verksamheter. Övriga deltagande kommuner i Sydost är Skurup, Sjöbo och Ystad. Målsättningarna för utvecklingsområdena är svaga i dessa kommuner. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet bedöms generellt sett inte vara ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och egenvården som brister och i flera delar uppger kommunerna att en stor del av ansvaret för dessa brister ligger på regionen.

I delregion Mellersta är det endast Staffanstorps kommun, jämfört med Kävlinge och Burlövs kommuner, som bedömer att målsättningarna för utvecklingsområden nås i stor utsträckning. Det är endast samorganisering av rehabilitering och hjälpmedel som inte bedöms ha uppnåtts. I Kävlinge och Burlöv är uppnådda målsättningar för utvecklingsområdena liten eller uppnås inte alls. Avseende efterlevnaden av Avtalet är KomRedo's bedömning att den generellt sett inte är ändamålsenlig. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder, egenvården, palliativa vården samt kostnadsansvaret som brister och i flera delar uppger kommunerna att en stor del av ansvaret för dessa brister ligger på regionen.

I delregionen Sydväst har Svedala och Trelleborg kommun ingått i granskningen. Granskningen visar att samtliga målsättningar för utvecklingsområdena i respektive kommun inte nås, förutom teambaserade vårdformer i Svedala kommun som bedöms nås i stor utsträckning. Kommunen framhåller att utvecklingen har varit positiv, men att området behöver utvecklas vidare. Svedala kommun noterar att det endast finns tillgång till mobilt team på dagtid och det är lång väntetid (4 timmar). KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet generellt sett inte är ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, gemensam vårdplanering, rehabilitering och habilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och delvis egenvården som brister.

I delregionen Malmö bedöms målsättningarna med utvecklingsområdena uppnås i stor utsträckning. Etableringen av mobila vårdteam på ett strukturerat sätt inleddes under 2018. Bäst uppges mobilt vårdteam i ordinärt boende fungera med fasta läkare som enbart arbetar mot kommunen. På särskilt boende ansvarar respektive kontaktvårdcentral för läkarbemanningen. Insatser för tidvis sviktande uppges ha funnits före Avtalets tillkomst. Via Vårdsamverkan Skåne, kopplat till handlingsplan för Nära Vård Skåne, har initiativ tagits till partsgemensamma arbetsgrupper kring bland annat detta. Malmö Stad kommer att vara representerade i samtliga grupper. KomRedo bedömer att efterlevnaden av Avtalet inte är ändamålsenlig i de tyngre delarna av Avtalet. Det är främst läkarmedverkan, rehabilitering, åtagande kring personer med psykiskt funktionshinder och egenvården som brister.

### *Bedömning*

I enkätsvar från patient- och brukarorganisationer framkommer att det finns geografiska skillnader som leder till ojämlik vård. Skillnaderna beror på att det finns olika förutsättningar att bedriva vård inom Region Skåne och inom kommunerna.

Av genomförda granskningar i Region Skåne och kommunerna framgår en differentierad bild hur målsättningarna med utvecklingsområden uppnås och hur efterlevnaden i övrigt enligt Avtalet fungerar. Central betydelse för en fungerande samverkan är kring det gemensamma vårdplaneringssystemet Mina planer och att det innehåller rätt information samt att dialogen mellan parterna utvecklas. Det har varit allt för tydligt i genomförda granskningar att kunskapen om Avtalets olika delar har spretat och uppföljningsansvaret som åvilar respektive nämnd har i princip inte blivit genomförd. Risken för övervältring av kostnader på kommunerna är överhängande, vilket också Malmö stad konstaterat i en uppföljning som gjorts i samarbete med KEFU. Det har varit svårt att urskilja några entydiga mönster kring varför det finns skillnader mellan granskningsresultaten från kommunerna i delregionerna. Om det beror på geografiskt avstånd eller hur styrningen för en effektiv vård utövas är svårt för oss att bedöma.

Mot bakgrund av genomförd granskning är KomRedo's samlade bedömning att Region Skånes och kommunernas efterlevnad av Avtalet i flera granskade delar inte når upp till de mål och syften som anges i Avtalet. Viktigt dock att framhålla att parterna på många sätt har bidragit till en ändamålsenlig efterlevnad inom Avtalet, under rådande omständigheter. Samtidigt finns klara brister i genomförandet och styrningen av vissa delar av Avtalet, och som resulterat i förhållandevis få korrigerande beslut utifrån uppmärksammade brister. Ett bakomliggande problem, som försvårat effektiva korrigerande åtgärder, är frånvaron av en tydligt genomförd strategi för hur resultaten av insatserna ska bedömas och hur bristande måluppfyllelse ska hanteras. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

Dag som ovan,

*Camilla Karlsson*

*Certifierad kommunal revisor*